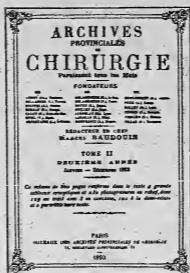


90960 (coll. 8/ t. 618

L'EXTIRPATION DU GANGLION DE GASSER

PAR

E. DOYEN (de Reims)



EXTRAIT DES Archives Provinciales de Chirurgie.

N° de JUILLET 1895, p. 429-444.

AVEC ONZE FIGURES DANS LE TEXTE

PARIS

INSTITUT INTERNATIONAL DE BIBLIOGRAPHIE MÉDICALE

14, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 14

1895

TOUS DROITS RÉSERVÉS.

ARCHIVES PROVINCIALES DE CHIRURGIE

PARAISANT TOUS LES MOIS

Rédacteur en Chef : Dr MARCEL BAUDOUIN

BUREAUX : 14, Boulevard Saint-Germain, PARIS

Les Archives provinciales de Chirurgie paraissent à Paris, tous les mois, par livraisons de 64 pages au moins, format grand in-8 raisin. Elles publient seulement des travaux originaux accompagnés, s'il y a lieu, de photographures dans le texte. Ces travaux sont dus à des chirurgiens français exerçant en province; mais les colonnes des Archives sont en outre ouvertes aux chirurgiens étrangers, à tous les étudiants en médecine, aux externes et internes des hôpitaux et aux chefs de clinique des Facultés et Écoles de Médecine. Quelques pages, à la fin de chaque fascicule, sont réservées à l'analyse bibliographique des mémoires d'ordre chirurgical parus dans les journaux de médecine de province, dans le but spécial de faire connaître ces publications, qu'on a tant de peine à se procurer dans les plus grandes bibliothèques françaises ou étrangères.

AVIS

Pour éviter des retards dans la réception des fascicules des Archives Provinciales de Chirurgie, nos lecteurs sont priés de s'abonner directement dans nos bureaux, 14, Bd Saint-Germain, à Paris.

Il suffit d'adresser un mandat-postal ou un bon de poste à l'Administrateur.

A tout abonné nouveau, nous cédon les Tomes I, II et III au prix de 50 francs au lieu de 55 francs.

ARCHIVES PROVINCIALES DE CHIRURGIE

Paraissant tous les Mois

FONDATEURS

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin, Dr J. L. B. Baudouin

AVIS

Nous engageons tous nos abonnés à nous faire parvenir leur adresse d'une façon très exacte.

Toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 60 en timbres-poste.

Les nos de 1892, très rares, sont désormais vendus au prix de trois francs; le n° I de 1892, presque épuisé, vaut aujourd'hui cinq francs.

ABONNEMENT ANNUEL

France et Algérie.....	20 fr.
Recouvré à domicile.....	20 50
Pays étrangers compris dans l'Union postale.....	23 »
Tous les autres pays.....	25 »

VENTE AU NUMÉRO

Un numéro : à Paris.....	2 fr.
— expédié par la poste.....	2 25

Les abonnements partent du 1^{er} janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'Administration de la revue expédie tous les numéros parus depuis le 1^{er} janvier.

Toutes les lettres, communications, livres, journaux, mandats, relatifs, soit à la Rédaction, soit à l'Administration, doivent être adressées **franco** à M. le RÉDACTEUR EN CHEF GÉRANT des Archives provinciales de Chirurgie, 14, Boulevard Saint-Germain, Paris.

L'EXTIRPATION DU GANGLION DE GASSER ⁽¹⁾

PAR

E. DOYEN (de Reims)

Les premières tentatives de résection intra-crânienne du trijumeau ont consisté simplement dans la résection de la seconde et de la troisième branches avant leur engagement dans les trous grand rond et ovale à la base du crâne. Telles furent les premières opérations de Rose, de Horsley, de Krause, de Hartley (1888-1892). Ces interventions sont donc de date toute récente.

La résection intra-crânienne des branches du trijumeau, avec ou sans tentative d'extirpation du ganglion de Gasser lui-même, peut être pratiquée par diverses méthodes. Les uns, comme Rose, Novaro, ont trépané la base du crâne en dehors et en avant du trou ovale ; les autres ont attaqué la voûte au niveau de la fosse temporale (Horsley, Hartley, Krause).



Nous avons enfin proposé, au 7^e Congrès français de Chirurgie, le 5 avril 1893, sans connaître la technique employée par ces divers auteurs, la résection d'une partie de la fosse temporale et de toute la portion de la grande aile du sphénoïde, qui est située en avant et en dehors du trou ovale.

Ces trois procédés, absolument différents, méritent chacun une mention spéciale.

Nous n'envisagerons dans ce mémoire que la résection du ganglion de Gasser et du tronc même du trijumeau, la section simple à l'intérieur du crâne des 2^e et 3^e paires étant aujourd'hui, depuis la publication des observations de Krause, sans aucun intérêt.

On ne peut en effet considérer comme des cas d'extirpation vraie du ganglion et du tronc même du trijumeau ces nombreuses opérations, citées par Chipault, où le chirurgien, après avoir sectionné la 2^e et la 3^e branche, s'est contenté, faute de pouvoir faire mieux, d'arracher des parcelles du ganglion nerveux avec les crochets de Rose ou de les détruire plus ou moins imparfaitement à l'aide d'une curette.

Krause nous a montré, au dernier Congrès de Chirurgie de Berlin, les six ganglions de Gasser extirpés par lui. Nous donnons les photographies des nôtres.

La destruction du ganglion de Gasser à la curette peut avoir donné des résultats thérapeutiques durables ; mais une telle opération ne peut

(1) Extrait des *Arch. Prov. de Chir.*, 1895, Juillet, p. 429-444.

être considérée que comme une intervention incomplète et nous croyons qu'il faudra dorénavant séparer nettement dans les statistiques :

1° Les cas de section intracrânienne simple des 2^e et 3^e branches du trijumeau (la 1^{re} branche ayant été respectée en raison de son abord difficile).

2° Les cas de section des 2^e et 3^e branches avec curettage et arrachement partiel du ganglion de Gasser.

3° *Les cas de section du tronc même du trijumeau, avec extirpation totale du ganglion de Gasser et de ses branches efférentes.*

Extirpation vraie du Ganglion de Gasser.

MANUEL OPÉRATOIRE.

1° *Voie Ptérygoïdienne* (Rose, 2 avril 1890).

Nous mentionnons la technique de Rose au point de vue historique, bien que l'auteur n'ait pratiqué que l'arrachement et le curettage, et non pas l'extirpation proprement dite du ganglion nerveux.

Rose tenta d'aborder le ganglion de Gasser par l'attaque directe de la base du crâne, et fit cette opération chez une malade qui avait déjà subi plusieurs résections nerveuses (2 avril 1890).

Rose atteignit la base du crâne en pratiquant la résection temporaire de l'apophyse zygomatique et de l'apophyse coronôïde ; puis il rechercha le trou ovale à la base du crâne en suivant comme guide le nerf maxillaire inférieur. Le trépan fut appliqué en avant et en dehors du trou ovale, et, après section du tronc du trijumeau, Rose chercha à attirer au dehors le ganglion de Gasser avec des crochets, des pinces, et une curette spéciale.

La malade de Rose guérit de l'opération, mais perdit l'œil du côté opéré : ce qui donne à penser que la technique employée produisit des dégâts énormes du côté de la base du crâne et de la fente sphénoïdale. Cette fonte purulente de l'œil à la suite de la destruction intra-crânienne du trijumeau ne pouvait d'ailleurs étonner personne, puisqu'elle était signalée dans tous les Traités de Physiologie, comme une conséquence normale de la section intra-crânienne expérimentale de la 5^e paire chez les animaux.

Novaro suivit la même voie en mai 1891 et signale lui-même qu'il n'a pas enlevé la partie antéro-interne du ganglion.

La voie employée par Rose et Novaro porte donc assez improprement le nom de *Voie ptérygoïdienne*. On n'a pas pratiqué par cette voie

l'extirpation du ganglion nerveux, mais simplement sa destruction par le curettage et l'arrachement.

2° *Voie temporale* (Krause, 31 janvier 1893).

La voie temporale, déjà en honneur depuis les travaux de Horsley (1888), de Hartley et de Krause (1891 et 1892) pour la section intra-crânienne des 2^e et 3^e branches du trijumeau, fut préconisée par ce dernier en 1893 (*Deutsche medic. Woch.*, 1893, n° 15, p. 341) pour l'extirpation du Ganglion de Gasser.

La première opération de Krause date du 31 janvier 1893.

Le ganglion extirpé fut traité par l'acide osmique; l'examen histologique démontra que les cellules ganglionnaires étaient altérées, parfois pigmentées; les noyaux étaient peu visibles, et, à côté des cellules normales, beaucoup d'autres se montraient remplies de gouttelettes graisseuses ou de vacuoles. Le nombre des cellules paraissait moins grand que dans un ganglion sain. Il s'agissait d'un processus à la fois scléreux et atrophique.

Cette opération paraît être le premier cas d'extirpation réelle du ganglion de Gasser qui ait été pratiqué.

Notre première opération (6 mai 1893) est en effet postérieure de cinq semaines à l'opération de Krause.

Le procédé de Krause est le suivant. Un lambeau en V ou en oméga à base inférieure est taillé aux dépens de la grande aile du sphénoïde, de l'écaille du temporal et même de l'angle antéro-inférieur du pariétal, comme le représente à peu près notre *Fig. 6*.

Ce lambeau est rabattu en bas. La méningée moyenne est liée, la dure-mère séparée de l'os et la fosse cérébrale moyenne exposée; le cerveau et la dure-mère sont soulevés à l'aide d'un large écarteur et l'on a sous les yeux la deuxième et la troisième branche que l'on sectionne au niveau des trous ovale et grand rond. Grâce à elles, on peut, en les attirant avec un fil ou en les saisissant avec une pince ou un crochet, ouvrir la loge dure-mérienne du ganglion et pratiquer en arrière de lui, au bord supérieur du rocher, la section même du trijumeau.

Dans ses deux premières opérations de section intra-crânienne des seconde et troisième branches du trijumeau, Krause avait opéré en deux temps, à quelques jours d'intervalle, et avait traité la première plaie par le tamponnement, afin d'avoir une cavité exsangue. Plus tard, il pratiqua l'extirpation du ganglion de Gasser en une seule séance.

Que l'on opère en un seul ou en deux temps, il est bon de lier l'artère

méningée moyenne. La seconde et la troisième branches du trijumeau sont atteintes les premières, puis sectionnées dans l'intérieur du crâne à l'orifice des trous ovale et grand rond, et attirées à l'aide d'une érigne ou d'une petite pince à griffe. Le ganglion, ainsi mis en évidence, est décollé de sa loge fibreuse et se trouve libéré avec les seconde et troisième branches. Krause croit bon de ne pas poursuivre la recherche de la première branche, assez difficile à séparer sur le vivant de la paroi externe du sinus caverneux, où il est arrivé à Hartley de blesser les nerfs moteur oculaire externe et moteur oculaire commun.

3° Voie temporo-sphénoïdale (Doyen, 6 mars 1893).

Le point de repère le plus sûr pour découvrir le ganglion de Gasser étant le trou ovale, nous avons étudié sur une série de crânes desséchés la voie la plus directe pour atteindre cet orifice. Le trou ovale est exactement situé à la base de l'aile externe de l'apophyse ptérygoïde ou mieux, par rapport à la fosse temporale, à 20 millimètres environ de la crête antéro-postérieure qui sépare cette dernière de la fosse zygomatique. Cette crête, bien visible sur les *Fig. 1, 2, 6 et 7*, est un point de repère certain. Nous avons donc réglé l'opération de la manière suivante.

1°) Incision verticale de 5 à 6 centimètres au milieu de l'espace qui sépare le conduit auditif du rebord externe de l'orbite. L'incision ne doit dépasser en bas que de 13 millimètres l'arcade zygomatique et l'on doit ménager les rameaux du facial supérieur.

2°) Résection de l'arcade zygomatique, jusqu'au voisinage du condyle, section de l'apophyse coronoïde, et dénudation de la fosse temporale.

3°) Recherche du nerf dentaire inférieur, que nous sectionnons deux ou trois centimètres plus bas, ainsi que le lingual, et que nous maintenons dans les mors d'une pince à griffes à crémaillère, et ligature de l'artère maxillaire interne au voisinage de sa terminaison.

Dès que nous nous sommes assuré de l'isolement du tronc du nerf maxillaire inférieur à sa sortie du trou ovale, nous ouvrons le crâne par une couronne de trépan, ou par tout autre procédé, au niveau de la suture sphéno-temporale. Il nous suffit alors de réséquer progressivement, à la pince gouge, la grande aile du sphénoïde et l'écaille du temporal, dans toute l'étendue de la région inférieure de la fosse temporale, mise à nu à la suite de la résection préalable de l'arcade zygomatique.

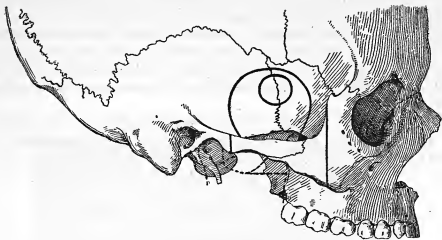


Fig. 1. — Orifice de trépanation et étendue de la résection sphéno-temporale pour l'extirpation du ganglion de Gasser (Procédé de Doyen). — Crâne vu de côté.

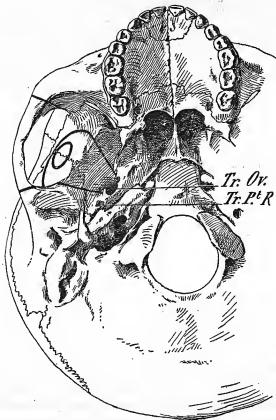


Fig. 2. — Même crâne vu par la face inférieure. La résection sphéno-temporale est prolongée en dedans de la crête qui limite en bas la fosse temporale, vers le trou ovale.

Dès que nous avons atteint la ligne rugueuse antéro-postérieure, qui sépare la portion verticale de la grande aile du sphénoïde de sa base, nous attaquons cette dernière, y compris la région attenante du temporal et nous les réséquons progressivement jusqu'au trou ovale, dont la demi-circonférence externe est enlevée d'un dernier coup de pince *Fig. 3*. La perte de substance osseuse ainsi obtenue est représentée *Fig. 1 et 2*.

Nous soulevons alors le tronc du maxillaire inférieur, au moyen de pinces à griffes fixées sur le dentaire inférieur et le lingual, et nous ouvrons en dehors la loge dure-mérienne qui renferme le gan-



Fig. 3. — Ganglion de Gasser enlevé dans notre 2^e opération. — Au-dessous, rebord externe du trou ovale, tel qu'il a été extirpé sur le vivant.

glion nerveux. Grâce aux tractions que nous pouvons exercer sur le nerf maxillaire inférieur, il nous est facile d'isoler à l'aide d'une petite rugine les faces antérieure et postérieure du ganglion, puis le nerf maxillaire supérieur jusqu'au trou grand rond et l'ophtalmique jusqu'à la fente sphénoïdale.

Quand le nerf maxillaire supérieur a été antérieurement sectionné dans l'orbite, comme cela avait eu lieu chez notre première opérée, il suffit d'attirer le bout périphérique à l'orifice interne à l'aide d'une pince, pour l'extraire en totalité.

Le nerf ophtalmique est sectionné à son entrée dans la fente sphénoïdale. On libère alors complètement à l'aide d'une petite rugine toute la périphérie du ganglion, mobilisé par des tractions sur ses branches émergentes, et il devient possible de mettre en évidence le bord supérieur du rocher et le canal dure-mérien qui sert de gaine au

tronc même du trijumeau, au-dessous du sinus pétreux supérieur. Le tronc même du nerf est isolé à son tour, puis sectionné en amont du ganglion, à la face postérieure du rocher, au-dessous du sinus veineux.

La carotide est aperçue au fond de la plaie, protégée par une mince lamelle fibreuse. Quant au sinus caverneux, il est aisé de ne pas le

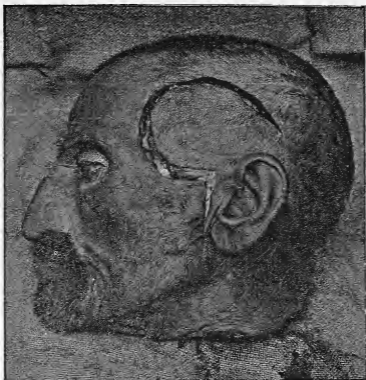


Fig. 4. — Incision de la peau pour extirpation du ganglion de Gasser avec résection osseuse temporaire (Procédé de Doyen). (Photographie d'après nature).

léser, pour peu que l'opérateur possède une adresse manuelle suffisante.

Notre première opération a été faite en deux temps. Le ciel était tellement sombre au moment où nous abordions le ganglion que nous avons préféré tamponner la plaie.

L'extirpation du ganglion, qui est représenté *Fig. 8*, a été faite en quelques instants le surlendemain. La guérison est survenue sans encombre. La malade était forte et vigoureuse.

Nos deux dernières opérées ont succombé ; l'une subitement, dix jours après l'opération, d'apoplexie cérébrale, alors qu'elle semblait tout à fait guérie ; l'autre, au bout de quatre jours, sans que nous ayons pu trouver à cette terminaison fatale d'autre cause que la faiblesse extrême du sujet.



Fig. 5. — Aspect de la trouée opératoire au moment où l'on va enlever le ganglion de Gasser.
(Photographie d'après nature).

Nous avons modifié, pour le 3^e cas, la section des parties molles et substitué à une simple incision verticale une incision en **G** de façon à permettre une résection temporaire à base postérieure de l'écaïlle sphéno-pariéto-temporale (*Fig. 4 et 5*).

Nous avons donc pratiqué, dans ce cas, la résection temporaire de l'arcade zygomatique, de l'apophyse coronoïde et de la paroi externe

de la fosse moyenne du cerveau, comme le représente la *Fig. 5*, où

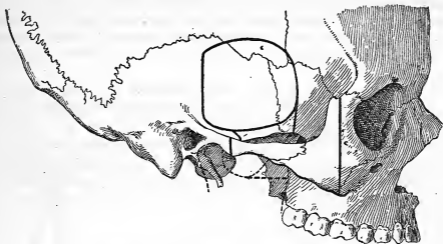


Fig. 6. — Crâne montrant les sections osseuses et la grandeur du volet (Voir *Fig. 4* et *5*).

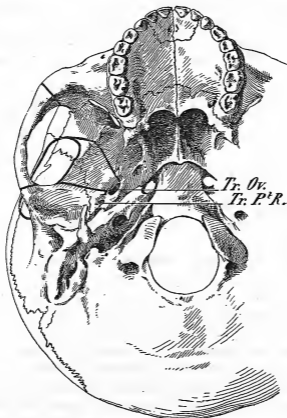


Fig. 7. — Même crâne vu par la face inférieure.

l'on peut étudier les rapports du tronc même du trijumeau, du ganglion de Gasser et de ses trois branches émergentes.

Notre procédé, différant essentiellement de celui de Krause par la découverte et la section dans la fosse ptérygo-maxillaire, avant l'ouverture du crâne, des nerfs dentaire inférieur et lingual, nous avons dû rejeter en arrière, et non pas en haut, notre lambeau ostéocutané (*Fig. 5*).

La fosse temporale ouverte, nous réséquons à la pince gouge, comme nous l'avons indiqué plus haut, la paroi supérieure de la fosse zygomatique jusqu'au trou ovale.

La *Fig. 6* indique le tracé du lambeau osseux sphéno-pariéto-temporal, qui est remis en place à la fin de l'opération, et la *Fig. 7* montre la perte de substance définitive qui doit être faite à la base du crâne pour atteindre, à la limite inférieure de la fosse temporale, le trou ovale.

Appréciation des procédés opératoires.

La discussion ne doit comprendre que les deux derniers procédés : la voie temporale, et la voie temporo-sphénoïdale.

La méthode de Rose est en effet une méthode de transition, et ne donne qu'un accès insuffisant à la région dangereuse où repose le ganglion de Gasser.

Le procédé de Krause comporte la résection de la paroi seule de la fosse temporale ; notre procédé comporte à la fois la résection de l'apophyse zygomatique, la section de l'apophyse coronôide, l'ouverture de la fosse temporale et la résection du temporal et de la partie horizontale du sphénoïde jusqu'au trou ovale.

Nous commençons par rechercher le nerf maxillaire inférieur à sa sortie du trou ovale et nous lions l'artère maxillaire interne, avant d'ouvrir le crâne.

Krause atteint au contraire d'emblée dans l'intérieur de la cavité crânienne le tronc du nerf maxillaire inférieur, guide certain pour la découverte du ganglion.

Le procédé de Krause comporte des résections osseuses moins étendues que le nôtre ; mais il oblige, pour la découverte du ganglion et du tronc même du trijumeau, à soulever davantage le cerveau. Krause ménage la base du crâne et attaque largement la paroi latérale ; nous préférons faire une moindre brèche latérale et nous ménager comme guide le dentaire inférieur et le lingual dès leur sortie du crâne.

Le procédé de Krause est préférable peut-être sur les sujets gras ; le nôtre nous semble plus sûr chez les sujets maigres, chez lesquels la fosse zygomatique est aisément accessible ; et, si le procédé de Krause ne permet pas d'enlever aussi complètement que le nôtre (Voir *Fig. 8 et 9*) le tronc du trijumeau, le ganglion de Gasser et ses branches périphériques, il offre jusqu'ici la supériorité d'avoir donné

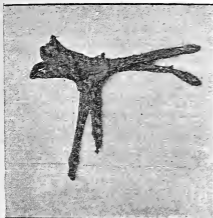


Fig. 8.

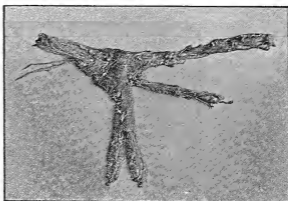


Fig. 9.

Fig. 8. — Tronc du trijumeau, ganglion de Gasser et ses branches efferentes, provenant de notre 1^{re} opération.

Fig. 9. — Tronc du trijumeau, ganglion de Gasser et ses branches, provenant de notre 3^e opération.

5 succès sur 6 opérations. L'avenir dira s'il vaut mieux, comme nous, attaquer de préférence la base du crâne, ou s'il est préférable, à l'exemple de Krause, de ménager la base du crâne et d'ouvrir plus largement la fosse temporale.

Résultats définitifs de la résection du ganglion de Gasser.

Notre première opérée de résection du ganglion de Gasser est âgée actuellement de 53 ans et se porte à merveille, comme le témoigne la photogravure ci-jointe (*Fig. 10*).

L'opération a eu lieu il y a deux ans et trois mois (6 mars 1893).

On remarque, au-dessous de la paupière inférieure gauche, une cicatrice ancienne. C'est par cette voie que nous avons pratiqué, chez cette personne, l'ablation du nerf maxillaire supérieur au trou grand rond et du ganglion de Meckel.

La cicatrice de la seconde opération se voit à la partie inférieure de la région temporale. Il persiste en ce point une dépression très manifeste, de cinq à six centimètres de hauteur et à grand diamètre vertical. Nous avons en effet dans ce cas pratiqué la résection définitive de l'arcade zygomatique, et de l'apophyse coronoïde du maxillaire inférieur.

Nous avons exploré avec soin la sensibilité de toute la sphère d'innervation du trijumeau. La malade nous fait remarquer elle-même

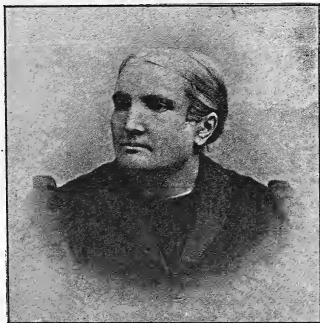


Fig. 10. — Photographie d'une femme ayant subi l'extirpation du ganglion de Gasser.

qu'elle n'a pas de rides sur le front du côté gauche. Ce fait tient à la section d'un filet supérieur du facial.

L'œil ne présente aucun trouble trophique. La mobilité de l'iris est intacte et il n'existe aucune trace de paralysie des muscles de l'œil. Ces détails prouvent que dans les cas où, à la suite d'une tentative même infructueuse d'extirpation du ganglion de Gasser chez les animaux ou chez l'homme, on a observé la paralysie de certains muscles de l'œil et des troubles trophiques du côté de cet organe, on avait produit, en voulant atteindre le trijumeau seul, des lésions étendues et intéressant les nerfs du voisinage.

La vision est intacte. L'ouïe est égale des deux côtés.

La malade se plaint d'une certaine raideur dans la mâchoire ; en effet, le temporal et le masséter ayant été chacun sectionnés à l'une de leurs insertions, la cicatrice bride en quelque sorte l'articulation temporo-maxillaire.

La malade signale elle-même que la cornée et la conjonctive gauches sont insensibles ou peu s'en faut. Elle perçoit très bien la pénétration d'un corps étranger entre les paupières, car en pareil cas il s'y produit une hypersecrétion de larmes et la conjonctive se congestionne, toutefois sans douleur appréciable. Il y a, pour ainsi dire, simple perception du contact et larmolement reflexe.

Notre opérée n'a jamais été obligée d'user pour cet œil de soins, de propreté autres que les soins de toilette journaliers.

Elle signale l'insensibilité complète de la peau des deux lèvres, de la joue, de la tempe et de la région frontale supérieure. Les deux paupières et la région sourcilière, de même que la moitié gauche du nez, jouissent d'une sensibilité très obtuse.

Le goût et la sensibilité tactile de la langue lui paraissent également diminués du côté gauche. La muqueuse buccale, lèvres, gencives, joues, palais, est complètement insensible.

Exploration de la zone d'innervation du trijumeau.

Si nous explorons objectivement les divers modes de sensibilité, nous remarquons tout d'abord que la sensibilité est abolie dans toute la sphère d'innervation cutanée du trijumeau.

La limite de cette zone d'insensibilité est figurée, sur le dessin ci-joint, par un fort pointillé, qui suit en avant la ligne médiane, en bas, le bord du maxillaire, passe au devant de l'oreille, empiète quelque peu au-dessus de cette dernière et, après un léger retrait, s'étend, au delà du bregma, sur la région pariétale (*Fig. 11*).

Cette large zone d'insensibilité offre toutefois deux régions où il existe encore un certain degré de perception : vers l'angle de la mâchoire, et, plus particulièrement encore dans une région qui comprend le sourcil gauche, les deux paupières et la face gauche du nez, les sensations douloureuses (piqûres par exemple) sont perçues amoindries et avec un retard notable ; et, quand on griffe légèrement dans cette région les téguments avec la pointe d'une épingle, la malade perçoit une sensation analogue à celle d'un courant faradique léger.

Cette sensation est absolument celle que nous percevons nous-même, au niveau de la dernière phalange d'un doigt où, par accident, un nerf collatéral a été coupé il y a quelques années.

Il est donc évident que, pour ces deux zones où nous observons après la résection du trijumeau un certain degré de sensibilité, il s'agit d'une simple sensibilité récurrente, due aux nombreuses anastomoses, qui existent pour la première des deux régions, avec le plexus cervical superficiel, et, pour la seconde, avec les nerfs de la cinquième paire du côté opposé.



Fig. 11. — Limite de la zone d'insensibilité chez une femme ayant subi l'extirpation du ganglion de Gasser.

La malade témoigne elle-même que l'insensibilité est particulièrement complète aux environs de la cicatrice temporale. Ce fait ne paraît pas coïncider avec le schéma donné par Chipault d'une opérée de Krause.

L'exploration de la sensibilité de la muqueuse des parois de la cavité buccale démontre sa disparition complète dans toute la sphère d'action du trijumeau.

Pour la langue, la sensibilité tactile est conservée dans le tiers postérieur et disparue dans les deux tiers antérieurs, au niveau desquels l'excitation produite par deux aiguilles aboutissant aux deux pôles d'une machine à courants continus détermine, sans aucune douleur, des contractions fibrillaires énergiques. Le même courant ne peut être supporté, sur le point symétrique, du côté droit où il occasionne une brûlure intolérable.

L'exploration du sens du goût démontre, si l'on prend soin de tenir la langue hors de la bouche et si la malade fait part de ses impressions par un geste et sans que les substances sapides aient pu se disséminer, que la région antérieure de la langue ne perçoit aucune saveur de l'application du chlorure de sodium, de la quinine, et d'autres substances d'une amertume extrême.

Le tiers postérieur de la langue perçoit au contraire les saveurs des deux côtés ; mais il existe un retard très marqué et très manifeste des sensations sapides, pour la moitié gauche.

La malade a remarqué que la narine gauche est plus sèche que la droite.

La muqueuse des cornets est insensible. Une prise de tabac ne donne à gauche aucune sensation agréable, à ce point que la malade, qui aime à priser, ne prise plus que de la narine droite.

L'exploration de l'odorat à l'aide de diverses substances (menthol, camphre, ammoniaque) dénote du côté gauche un retard sensible, qui peut être attribué à la sécheresse relative de la muqueuse de ce côté.

La guérison complète des phénomènes névralgiques douloureux persiste donc depuis près de deux ans et demi, sans que la destruction complète du trijumeau et du ganglion de Gasser ait déterminé le moindre trouble préjudiciable à la malade ; et celle-ci a fait volontiers le sacrifice de la perte de la sensibilité générale et spéciale d'une moitié du visage, puisque les sens principaux, l'ouïe et la vision, sont demeurés intacts.

Tout d'ailleurs, même la mort, comme le dit Krause, est préférable aux souffrances atroces des malheureux atteints de névrite scléreuse du ganglion de Gasser, et les résultats obtenus jusqu'ici sont suffisants pour démontrer que l'opération deviendra inoffensive, quand les malades la réclameront avant d'être morphinomanes et cachectiques et d'avoir ainsi perdu toute résistance physique.

INSTITUT INTERNATIONAL
DE
BIBLIOGRAPHIE MÉDICALE
PARIS, 14, Boulevard St-Germain, 14, PARIS

II. — FICHES CIRCULANTES

Services Annexes de la Bibliothèque Circulante de Médecine
et Sciences accessoires.

L'Administration de l'INSTITUT INTERNATIONAL DE BIBLIOGRAPHIE MÉDICALE a organisé, en outre de la Bibliothèque circulante, deux autres services d'une importance capitale pour tous les auteurs ; à savoir : 1° Un Service de FICHES BIBLIOGRAPHIQUES ; 2° Un Service de FICHES ANALYTIQUES. — Ces Fiches CIRCULENT comme les livres. Ces Services fonctionnent depuis le 1^{er} novembre 1893.

RÈGLEMENT.

I. — Le service des Fiches circulantes comprend l'envoi à domicile, à l'Étranger aussi bien qu'en France, et le retour aux bureaux de l'Institut, de Fiches : 1° Bibliographiques, indiquant autant que possible, les travaux parus à l'étranger et en France sur un sujet donné, bien délimité, indiqué d'une façon très précise par l'abonné ; 2° Analytiques, donnant un résumé suffisant de chacun de ces travaux.

On peut s'abonner séparément à l'un ou à l'autre de ces systèmes de Fiches, on en a aux deux à la fois.

II. — Pour avoir droit au prêt de ces Fiches circulantes, chaque abonné Français doit aux préalable solder une cotisation annuelle de Dix Francs, pour chaque système de Fiches ; autrement dit, Vingt Francs pour les deux sortes de Fiches. — Chacun des Abonnements pour l'Étranger : Vingt Francs.

III. — Les frais de prêt et d'envoi des Fiches Bibliographiques (tout compris) sont établis à raison de 0 fr. 05 c. (Cinq centimes) la fiche pour la France ; à raison de 0 fr. 10 c. (Dix centimes) la fiche pour l'Étranger. — Ceux des Fiches Analytiques sont établis ainsi pour chaque Fiche : 0,50 cent. pour la France ; 1 fr. pour l'Étranger.

Le montant des frais d'envoi et des réclamations est porté en compte à l'abonné ; mais il doit être versé à l'avance une Provision de Cinq francs. — Le retour des Fiches à la Bibliothèque doit avoir lieu franco.

IV. — Les prêts des fiches sont faits pour Un mois seulement. — Toute fiche, qui ne sera pas rentrée après ce laps de temps, sera considérée comme égarée.

V. — Toute fiche égarée, ou conservée à dessin, sera comptée à l'emprunteur à raison de 0 fr. 15 la Fiche bibliographique ; 2 fr. la Fiche analytique.

VI. — Tout abonné au service des Fiches Bibliographiques ou Analytiques, qui publie dans un mémoire spécial ou dans un journal, totalité ou partie des fiches communiquées, est tenu de faire parvenir à l'Institut, à titre justificatif, un exemplaire de son travail ou du journal pour chacun de ces systèmes de Fiches.

VII. — Quand on publie une Fiche analytique, on est tenu d'indiquer l'origine de l'analyse, sous peine de cessation de l'abonnement.

TARIFS GÉNÉRAUX

I. — ABONNEMENTS.

1. — BIBLIOTHÈQUE CIRCULANTE.

1° France et Colonies : France et Algérie, 20 fr. ; Recouvré par la poste, 20 fr. 50. — 2° Étranger : 1° Pays compris dans l'Union postale, possédant un service de Colis postaux, 40 fr. ; 2° Autres pays, 50 fr

II. — FICHES CIRCULANTES.

A. — Fiches Bibliographiques : France et Colonies, 10 fr. ; Recouvré par la poste, 10 fr. 50. — Étranger : 1° Pays compris dans l'Union postale, 20 fr. — Autres pays, 25 fr.
B. — Fiches Analytiques : France et Colonies, 10 fr. ; Recouvré par la poste, 10 fr. 50. — Étranger : 1° Pays compris dans l'Union postale, 20 fr. ; 2° Autres pays, 25 fr.

III. — TRADUCTIONS SCIENTIFIQUES.

France et Colonies, 5 fr. ; Recouvré par la poste, 5 fr. 50.
— Étranger : 1° Pays compris dans l'Union postale, 10 fr. ; 2° Autres pays, 15 fr.

IV. — SERVICE DES RENSEIGNEMENTS.

Mêmes conditions que pour les Traductions (1).

II. — FRAIS DE PRÊTS ET D'ENVOIS.

I. — CHAQUE LIVRE PRÊTÉ. — CATÉGORIES :

1° France : C, 0 fr. 25 ; B, 0 fr. 50 ; A, 1 fr. —
2° Étranger : C, 0 fr. 50 ; B, 1 fr. ; A, 2 fr.

II. — CHAQUE FICHE CIRCULANTE COMMUNIQUÉE.

A. — FICHES BIBLIOGRAPHIQUES.

1° France, Cinq centimes ; 2° Étranger, Dix centimes.

B. — FICHES ANALYTIQUES.

1° France, Cinquante centimes ; 2° Étranger, 1 franc.

III. — LES 1,000 MOTS TRADUITS.

1° Langues anglo-saxonnes et latines, Cinq francs.
2° Autres langues, Huit francs.

IV. — CHAQUE RENSEIGNEMENT COMMUNIQUÉ.

Mêmes conditions que pour les Fiches Analytiques.

(1) Tout abonné à l'un des services précédents n'a pas à solder l'abonnement au service des Renseignements ; il doit payer seulement le renseignement communiqué.

INSTITUT INTERNATIONAL
DE
BIBLIOGRAPHIE MÉDICALE

PARIS, 14, Boulevard Saint-Germain, 14, PARIS

Fondateur : Dr MARCEL BAUDOUIN.

I. — BIBLIOTHÈQUE CIRCULANTE

INTERNATIONALE

MÉDECINE ET SCIENCES ACCESSOIRES

Une Bibliothèque MÉDICALE est installée, 14, Boulevard Saint-Germain; elle fonctionne régulièrement, même pendant les Vacances universitaires, depuis le mois de janvier 1893.

Cette bibliothèque a été créée pour permettre aux Médecins de consulter à très bon compte tous les livres dont ils peuvent avoir besoin, surtout les ouvrages de longue haleine, les monographies et les grands périodiques réservés aux sciences médicales en France et à l'étranger.

Elle fonctionne et pour la FRANCE et pour les PAYS ÉTRANGERS où existe le système des Colis-Postaux.

Cette Bibliothèque médicale commence avec des ressources MODESTES; mais son organisateur est convaincu qu'elle répond à un réel besoin, impossible à satisfaire par d'autres procédés, et qu'elle acquerra bientôt toute l'importance à laquelle elle a droit, surtout si tous les médecins français veulent bien s'intéresser à cette tentative de décentralisation.

RÈGLEMENT

I. — La Bibliothèque Circulante de Médecine est, pour l'instant du moins, dépourvue de salle de lecture à Paris. — Cette salle ne sera installée qu'en novembre 1895.

II. — Pour avoir droit au prêt des livres, la cotisation annuelle pour chaque abonné Français à la Bibliothèque générale de Médecine et Sciences accessoires est de **VINGT FRANCS**, payables d'avance. Le versement de cette somme donne droit aux divers fascicules du Catalogue, qui paraîtront plusieurs fois par an.

Cet abonnement à la Bibliothèque Générale de Médecine est réduit à **Dix francs** pour tout abonné aux Archives provinciales de Chirurgie.

L'abonnement est de **QUARANTE FRANCS** par an pour les Pays étrangers, sans réduction possible.

III. — Les frais de prêt de livres (tout compris), calculés sur des moyennes, sont établis de la façon suivante pour la France :

Catégorie A : Volumes très gros (in 8°, in 4°, etc.)..... 1 fr.

Catégorie B : Brochures in-12 et fascicules d'une grande publication o 50

Catégorie C : Brochures ou Numéros de Journaux..... o 25

Ils sont doublés pour l'Etranger.

IV. — Le montant des frais d'envoi doit être joint en timbres-poste à la demande d'emprunt, avec un Cautionnement de CINQ FRANCS en timbres-poste ou mandat postal, pour tout livre d'une valeur de 10 francs et plus (Catégorie A).

Le retour des livres à l'Institut de Bibliographie doit avoir lieu franco.

Toutefois, les emprunteurs, pour simplifier la correspondance et assurer le service des envois d'une façon régulière, ont la facilité d'envoyer à l'avance, à titre de Provision, une somme de DIX FRANCS, qui est inscrite à l'actif de l'abonné.

V. — Les prêts sont faits pour UN mois seulement. Prière d'indiquer s'il faut adresser les livres en gare ou à domicile (colis postaux) et leurs numéros sur le Catalogue.

VI. — On ne peut emprunter plus de deux livres à la fois. — Toutefois, après autorisation de l'Administrateur, et dans des circonstances spéciales, il peut être fait exception à cette règle.

VII. — Toute personne qui conservera une brochure ou un ouvrage pendant plus d'un mois devra solder un droit supplémentaire de 1 franc; plus de 2 mois, un droit de 2 francs. Après 3 mois, le livre sera considéré comme égaré.

VIII. — Tout livre détérioré ou égaré par l'emprunteur devra être payé par l'emprunteur ou remplacé par lui. Les pertes de livres, si elles se renouvellent, pourront entraîner la suppression des envois. — Les frais de réclamations des volumes prêtés depuis plus d'un mois seront portés au compte des emprunteurs.

IX. — Tout abonné peut, s'il le désire, garder pour son usage personnel les livres qui lui sont envoyés à titre de prêt, à la seule condition qu'il s'agisse d'ouvrages qu'on trouve encore couramment dans le commerce.

L'abonné, dans ces conditions, doit solder le prix de l'ouvrage conservé après lecture.

Pour assurer le bon fonctionnement de la Bibliothèque et seconder les efforts de l'organisateur, on est prié de faire les renvois avec une exactitude exemplaire. — Les 1^{ers} fascicules du Catalogue (Médecine, Chirurgie, etc.) ont paru en 1894. — Un 3^e est sous presse.